

# گزارش ۱ مورد نادر سل دهانه رحم و ولو در بیمارستان حضرت زینب(س) مشهد

## چکیده

سل ولوو شکل نادری از سل سیستم تناسلی است که ممکن است به طور اولیه و به صورت ضایعات زخمی مزمن(کهنه) ناحیه تناسلی بدون درگیری ناحیه تناسلی فوقانی بروز کند. از این رو ممکن است تشخیص آن به تأخیر افتد. در این بررسی ۱ مورد سل دهانه رحم و ولو در خانم ۷۳ ساله‌ای که به دنبال زخم‌های مزمن تناسلی و لکوره و عدم پاسخ به درمان مراجعه کرده بود گزارش می‌شود. در بررسی‌های پیش‌تر سل ناحیه تناسلی تشخیص داده شد که با درمان ضد سل بهبود یافت.

\*دکتر فریده اخلاقی I

دکتر طبوبی فرازمند II

کلیدواژه‌ها: ۱- سل سیستم تناسلی ۲- سل ولوو ۳- سل دهانه رحم

## مقدمه

سل ولوو شکل نادری از سل دستگاه تناسلی است که تشخیص قطعی آن توسط جدا کردن باسیل سل از کشت ترشحات ضایعه صورت می‌گیرد. بیوپسی از نواحی مشکوک و ضایعات ناحیه تناسلی نیز مفید است. سیتولوژی(سلول‌شناسی) واژن ارزش محدودی در تشخیص سل دارد و تنها در موارد سل دهانه رحم ممکن است مفید باشد(۱). در این مقاله یک مورد سل ولوو و دهانه رحم گزارش می‌شود.

خارجی مراجعه کرده بود. وی از حدود ۱ سال قبل دچار علائم ادراری و سپس زخم‌های روی دستگاه ژنیتال خارجی شده بود که با درمان طبی بهبود نیافته بود. بیمار سابقه تب، سرفه و درد شکمی نداشت و سابقه تماس با بیمار مبتلا به سل ریوی را ذکر نمی‌کرد. از حدود ۱۰ سال قبل یائسه شده بود و همسر وی سال قبل فوت کرده بود و در این مدت هیچ گونه تماس جنسی نداشت. در معاینه دستگاه تناسلی، مجرای ادرار دردناک، دارای ظاهر غیریکنواخت و متورم و حاوی یک توده غیرطبیعی بود. در لایبها و واژن زخم‌های متعدد دردناک و سرویکس نیز حالت زخمی و خون‌دهنده وجود داشت و روی آن را توده گل کلمی پوشانده بود.

## معرفی بیمار

بیمار خانم ۷۳ ساله‌ای بود که با شکایت سوزش و تکرر ادرار و خارش ضایعات و زخم‌های روی دستگاه تناسلی

(I) استادیار بیماری‌های زنان و زایمان، بیمارستان حضرت زینب(س)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی مشهد(\*مؤلف مسئول).

(II) دستیار بیماری‌های زنان و زایمان، بیمارستان حضرت زینب(س)، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی مشهد.

تمام موارد) و سل دهانه رحم در ۲۵-۱۵٪ موارد گزارش شده است. ضایعات (لژیونها) سل دهانه رحم نادر بوده و می‌تواند زخمی (اولسراتیو) یا اگزوفیتیک شبیه یک بدخیمی اولیه یا گرانولوم اینگوینال دهانه رحم باشد که با بیوپسی تشخیص داده می‌شود.

درگیری ولو و واژن در سل شایع نبوده و تنها در ۲٪ موارد سل لگنی دیده می‌شوند. ظاهر آن ممکن است دارای زخم یا سینوس‌های متعدد باشد یا به شکل هیپرتروفیک یا الفانتیازیس یا شبیه کارسینوم تظاهر نماید (۲ و ۶). هم‌چنین می‌تواند به صورت ضایعات زخمی مزمن ایزوله روی دستگاه تناسلی خارجی بدون وجود سل سیستم تناسلی فوقانی دیده شود.

گرفتاری اعضای تناسلی از راه لنفاتیک، دستگاه گوارش، تماس مستقیم با اعضای شکمی عفونی شده (کلیه، روده، ...) و از طریق سطح پریتئوئن رخ می‌دهد (۵).

انتقال جنسی بیماری از عفونت اولیه ناحیه تناسلی، در زنی بعد از مقاربت با یک شریک جنسی مبتلا به سل ناحیه تناسلی ادراری گزارش شده است. مایکوباکتریوم توبرکولوزیس در اسپرم مردانی که سل ناحیه ادراری تناسلی داشته‌اند در ۳/۹٪ موارد نشان داده شده است (۷). علائم عمومی مانند تب، تعریق، بی‌اشتهایی و کاهش وزن در بیماران با سل ناحیه تناسلی شایع نبوده و بسیاری از بیماران بدون علامت هستند.

معاینه فیزیکی در ۵۰٪ موارد طبیعی بوده و یافته‌های غیرطبیعی شامل توده‌های تخمدانی یا نشانه‌های آسیت در گرفتاری سیستم تناسلی ادراری فوقانی یا اعضای داخل شکمی می‌باشد.

فیستول، ضایعات دهانه رحم یا دستگاه تناسلی خارجی کم‌تر دیده می‌شود (۲).

شایع‌ترین تکنیک رادیولوژی که در بسیاری از موارد جهت تشخیص سل ناحیه تناسلی استفاده می‌شود هیستروسالپینگوگرافی (HSG) است که گرفتاری لوله‌های رحم را نشان می‌دهد (۱).

لنفادنوپاتی دو طرفه اینگوینال نیز وجود داشت. اسمیر تهیه شده از دهانه رحم کلاس ۲ پاپانیکلاو را نشان داد. از تمام ضایعات ذکر شده بیوپسی گرفته شد. معاینه سایر سیستم‌ها و رادیوگرافی قفسه سینه طبیعی بود.

در سونوگرافی لگن رحم کوچک و قطر آندومتر قابل اندازه‌گیری نبود و در تخمدان‌ها هیچ گونه توده یا کیستی وجود نداشت. کشت و اسمیر خلط و ادرار و ترشحات دهانه رحم و زخم‌های ولو از نظر وجود باسیل BK منفی بود. در بیوپسی آندومتر نیز آتروفی آندومتر وجود داشت.

سرعت سدیمان‌تاسیون ساعت اول در آزمایش خون، ۵۵ بود. پاسخ آسیب‌شناسی ضایعات ولو و دهانه رحم، سرویسیت سلی و سل ولو بود در نتیجه بیمار تحت درمان ۴ دارویی با پیرازینامید، ریفامپین، ایزونیاژید و اتامبوتول قرار گرفت و به دنبال آن علائم بیمار به سرعت برطرف شد، زخم‌های ولو به طور کامل بهبود یافت و دهانه رحم نیز ظاهر طبیعی پیدا کرد. بعد از ۶ ماه درمان استاندارد سل، بیمار به طور کامل بهبود یافت.

## بحث

بیماری سل در اثر باکتری که به مجموعه مایکوباکتریوم توبرکولوزیس تعلق دارد ایجاد می‌شود این بیماری به طور معمول ریه‌ها را درگیر کرده و در  $\frac{1}{3}$  موارد اعضای دیگر را درگیر می‌کند.

محل‌های شایع گرفتاری در سل خارج ریوی به ترتیب عبارتند از: عقده‌های لنفاوی، پلور، دستگاه تناسلی ادراری، استخوان‌ها، مفاصل، مننژها و پریتئوئن (۱).

سل دستگاه تناسلی یک بیماری نادر در ایالت متحده است. این بیماری به طور شایع در زنان جوان دیده می‌شود و در ۹۰-۸۰٪ موارد در زنان ۴۰-۲۰ ساله و اغلب ضمن بررسی جهت نازایی، شناخته می‌شود (۲، ۳ و ۴).

سل دستگاه تناسلی همیشه ثانویه به سل مناطق دیگر در بدن بیمار که معمولاً ریه است، ایجاد می‌گردد (۵). گرفتاری لوله‌های رحم به طور شایع در سل ناحیه تناسلی (تقریباً در

## منابع

- 1- Raviglione MC., O'Brien RJ., Tuberculosis: In Fauci AS., Braunwad E., Kasper DL., Huuser SL., Longo DL. Harrison's principles of internal medicine, 15 th edition, Newyork, McGraw-Hill, 2001, PP: 1028.
  - 2- Chowdhury NNR. Overview of tuberculosis of the female genital tract, J Indian Med Asse, 1996, 94: 354-61.
  - 3- Falk V. Analysis of 187 newly diagnosed cases from 47 Swedish Hospital during the ten year period 1968-1977, Am Jour Obstet Gynecol, 1980, 138: 974-7.
  - 4- Hutchins CJ. Tuberculosis of the female genital tract-A changing picture, British Jour Obstet Gynecol, 1977, 84: 534-8.
  - 5- Schaefer G. Female genital tuberculosis, Clin Obstet and Gynecol, 1976, 19: 223-39.
  - 6- Sutherland AM. Gynecological tuberculosis: Analysis of a personal series of 710 cases, Aust and NZ Jour of Obstet and Gynecol, 1985, 25: 203-7.
  - 7- Martens MG. Pelvic tuberculosis. In: Rock JA., Thompson JD. Telinde's operative gynecology, 8 th ed, Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997, PP: 678-684.
  - 8- Miller JW. Vuvul tuberculosis, Tubecle, 1979, 60: 173-6.
- تشخیص قطعی با کشت باسیل و براساس بافت‌شناسی و یافتن گرانولوما و بیوپسی ضایعات روی ناحیه تناسلی خارجی، واژن و سرویکس صورت می‌گیرد (۶ و ۷).
- برای تشخیص سل در سایر اعضا، رادیوگرافی قفسه سینه، سونوگرافی لگن، IVP و کشت ادرار، ترشحات معده و خلط برای مایکوباکتریوم ضروری است (۳ و ۵).
- سیتولوژی واژن در تشخیص سل ارزش محدودی دارد و سیتولوژیست باید با شکل سلول‌های اپی‌تلیوید در اسمیر واژن آشنا باشد (۲ و ۸).
- در بررسی مقالات یک مورد سل ولو گزارش شده بود که علت مراجعه بیمار مانند مطالعه حاضر ضایعات روی لابیام‌ماژور بوده است (۸).
- در این بیماری اولین خط درمانی، تجویز داروهای ضد سل می‌باشد. در یک مطالعه که روی ۴۷۸ بیمار با سل خارج ریوی انجام شد، ۶۵ مورد مبتلا به سل ناحیه تناسلی بودند که این درمان در ۱۰۰٪ موارد سل مؤثر بوده است.
- درمان جراحی در موارد مقاوم و عود کننده بیماری به دنبال درمان طبی، وجود فیستول‌های ترمیم نشده و هم چنین سل مقاوم به چند دارو باید در نظر گرفته شود.
- به عنوان نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت سل ولو شکل نادری از سل سیستم تناسلی است که بیمار معرفی شده در این مطالعه به سل ولو و سرویکس مبتلا بود. وی شواهدی از سل در سایر اعضا نداشت و در معاینه فیزیکی ضایعات زخمی خورنده روی لابیام‌ماژور و شبیه کارسینوم و سرویکس گل کلمی و واژن ملتهب وجود داشت.

## تشکر و قدردانی

بدین وسیله از سرکار خانم فرزانه هاشمی کارشناس مامایی و مسئول درمانگاه زنان بیمارستان حضرت زینب(س) که در پی‌گیری بیمار فعالیت زیادی داشتند، قدردانی می‌شود.

## *A Rare Case Report of Tuberculosis of the Cervix and Vulva in Zeinab Hospital in Mashhad*

*<sup>I</sup>* **\*F. Akhlaghi, MD**      *<sup>II</sup>* **T. Farazmand, MD**

### *Abstract*

Tuberculosis of vulva is a rare form of genital tuberculosis. It may be presented as isolated chronic ulcerative lesions in the external genital without the tuberculosis of the upper urogenital system, thus the diagnosis of this type of tuberculosis may be delayed. The present case is a tuberculosis of vulva in a 73-year-old woman with chronic external genital ulcers whose treatment with different drugs was failed. In the clinical study and laboratory evaluation tuberculosis of vulva and cervix was detected and after starting anti-tuberculosis therapy the ulcerative lesions were healed.

**Key Words:**      **1) Genital Tuberculosis      2) Tuberculosis of Vulva**  
**3) Tuberculosis of Cervix**

---

**I)** Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology. Hazrat Zeinab Hospital, Mashhad University of Medical Sciences and Health Services Mashhad, Iran. (\*Corresponding Author)

**II)** Resident of Obstetrics and Gynecology. Hazrat Zeinab Hospital, Mashhad University of Medical Sciences and Health Services. Mashhad, Iran.